

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

328

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mai 1901, à 1 heure

Par ALEXANDRE RICOUX,

Né au Genest (Mayenne), le 4 mars 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OTITE dans LA GRIPPE
Et en particulier de ses Complications

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. CAMPENON, professeur.

RICARD et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 2 Mai 1901, à 1 heure

Par ALEXANDRE RICOUX,

Né au Genest (Mayenne), le 4 mars 1875.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'OTITE dans LA GRIPPE

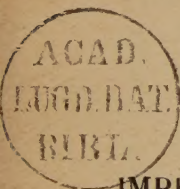
Et en particulier de ses Complications

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. CAMPENON, professeur.

RICARD et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GABRIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BLANCHARD.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		HUTINEL.
Pathologie médicale.....		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		DEBOVE.
Maladies des enfants.....		JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		HAYEM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.....		FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		RAYMOND.
Clinique d'accouchement.....		TERRIER.
		DUPLAY.
		LEDENTU.
		TILLIAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILLEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

*Faible témoignage de reconnaissance
et d'amour filial.*

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR.

A MA FAMILLE ET A MES AMIS.

828

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Il y a longtemps que les affections auriculaires grippales ont été signalées pour la première fois. En 1769, Lepecq de la Clôture observa dans la Basse-Normandie une épidémie, pendant laquelle « presque tous les malades se plaignaient d'une douleur vive et lancinante dans l'oreille ». Dans l'épidémie qui sévit en Angleterre en 1733 et dont Huxham a laissé une si remarquable description, on parle « de douleurs aiguës dans le méat auditif, où il se formait assez souvent un abcès ». Enfin deux siècles auparavant, dans la grande épidémie de 1580, on avait signalé « des fluxions aux oreilles avec écoulement purulent ».

Mais c'est surtout pendant la pandémie de 1889-90 que la fréquence des otites grippales attira l'attention de nombreux observateurs et que cette maladie fut pour la première fois vraiment, on peut le dire, bien étudiée.

C'est la lecture des nombreux mémoires qui parurent

à cette époque qui a inspiré le sujet de notre thèse. Après un court chapitre sur l'étiologie la pathogénie et la bactériologie des otites grippales, nous exposerons ses différents caractères tels que nous les avons trouvés signalés chez les différents auteurs ; et les observations que nous avons pu recueillir nous permettront de faire une étude clinique et symptomatologique des otites grippales et du traitement qu'on doit y apporter. De cette étude découleront naturellement nos conclusions.

Mais avant d'aborder cette étude, nous ne pouvons résister au désir de remercier tous ceux à qui nous sommes redevables de la science, hélas ! trop imparfaite, que nous avons pu acquérir.

Nous nous faisons un devoir d'adresser tout d'abord nos remerciements à nos maîtres de l'école de Rennes. Ce sont eux qui ont guidé nos premiers pas dans la médecine et nous ont appris à l'aimer.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et en particulier M. le docteur André Petit et MM. les professeurs Lannelongue et Budin, dont nous avons recueilli successivement les leçons, reçoivent ici le témoignage de notre vive gratitude : leur enseignement restera toujours notre guide le plus sûr.

Nous prions M. le professeur Le Dentu, qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de recevoir l'expression de notre bien vive reconnaissance et de nos remerciements.

ÉTIOLOGIE

La grippe est une maladie infectieuse, épidémique, frappant presque simultanément un grand nombre d'habitants d'une même localité.

Elle attaque plus particulièrement soit l'appareil respiratoire, soit l'appareil gastrique, soit l'appareil nerveux. Suivant que la lésion prédomine sur tel ou tel appareil, elle affecte des formes diverses et l'on peut, avec la plupart des auteurs, distinguer une forme thoracique ou pulmonaire, une forme gastro-intestinale et une forme nerveuse.

La forme thoracique est la plus fréquente : elle débute par un coryza s'accompagnant d'éternuement et même d'épistaxis : il y a diminution ou perte complète de l'odorat et il se fait par le nez un écoulement purulent.

Ce coryza s'étend rapidement à la trachée et aux bronches. M. Duflocq a vu des accidents laryngés simulant l'œdème de la glotte : il peut y avoir aphonie

complète. La bronchite s'établit avec une rapidité extrême.

La forme gastro-intestinale est caractérisée par l'exagération des symptômes portant sur le tube digestif, nausées, vomissements, diarrhée profuse alternant avec une constipation opiniâtre.

Dans la forme nerveuse, au contraire, la fièvre et le catarrhe sont absolument secondaires, mais la dépression des malades, l'état d'asthénie profonde où ils se trouvent dominant l'ensemble des phénomènes morbides.

Mais à côté de ces formes typiques, on rencontre des formes frustres, dans lesquelles, les symptômes principaux se retrouvent, mais sont très atténués et à peine indiqués : c'est un simple catarrhe nasal, nasopharyngien, une simple angine.

La forme thoracique, on le conçoit, grâce à l'inflammation concomitante de la muqueuse nasale et laryngienne est de beaucoup, le plus fréquemment accompagnée de complications auriculaires. Les formes frustres, marquées simplement par du coryza, du rhume, pourront aussi donner lieu très souvent à des affections auriculaires.

De même que pour toutes les complications de la grippe, il est rare qu'une première atteinte de la maladie donne lieu à des phénomènes otiques.

Ils succèdent le plus souvent à la rechute qui confère à l'organisme une susceptibilité toute spéciale aux infections secondaires.

Les conditions locales jouent souvent le rôle de

causes prédisposantes. Les différentes affections antérieures de l'oreille, les otorrhées anciennes et la perforation de la membrane du tympan favorisent également toutes les infections venues du dehors et cela d'autant mieux que le passage de l'air du nez à l'oreille se trouve alors considérablement facilité.

Du côté des cavités voisines, la rhinite hypertrophique avec catarrhe de la muqueuse naso-pharyngienne, le coryza atrophique avec ozène qui ouvre la porte, par l'inflammation et les sécrétions qu'il fournit, à toutes les infections secondaires. Il est à remarquer, en effet, que l'ozène donne un pronostic beaucoup plus grave aux affections consécutives de l'oreille.

On connaît l'influence bactéricide du mucus nasal normal. S'il vient à être altéré dans sa composition, il se laissera plus facilement envahir par le microbe de la grippe et la propagation à l'oreille sera par cela même facilitée.

C'est donc dans la grippe à type respiratoire supérieur que l'on observe les otites. On conçoit facilement que l'affection se localise plus volontiers sur le nez, le pharynx, si ces organes sont au préalable le siège d'altérations diverses. Consécutivement la propagation aux oreilles s'observera dans une bien plus grande proportion.

PATHOGÉNIE ET MÉCANISME

D'après M. Moure, si les voies aériennes supérieures et notamment le carrefour rétronasal donnent normalement abri à de nombreux microbes, qui y restent inoffensifs, sans doute grâce à l'influence bactéricide du mucus nasal, il est incontestable que le moindre processus infectieux exalte la virulence de ces germes et les rend dangereux pour les organes voisins.

En effet, le naso-pharynx cavité très spacieuse, communique non seulement avec l'air extérieur par les fosses nasales, mais encore avec la cavité buccale par derrière le voile du palais. A l'état sain, les lèvres de la trompe à peu près accolées ne s'entrouvrent que de temps à autre et lentement, de manière à assurer simplement la libre circulation de l'air dans l'intérieur de la caisse, tandis qu'à l'état pathologique, le gonflement de la muqueuse naso-pharyngienne et en particulier, de l'orifice de la trompe, détermine une occlusion momentanée du conduit tubaire, mettant ainsi l'oreille dans une certaine mesure, en état de défense

contre l'infection. Malheureusement les sécrétions des fosses nasales obligent les malades tantôt à se moucher, tantôt à éternuer, d'autrefois à tousser, à vomir même et c'est pendant l'accomplissement de ces différentes fonctions que les germes pathogènes peuvent s'introduire dans l'oreille moyenne.

Parfois, c'est avec la douche nasale pratiquée pour nettoyer les cavités enflammées, que le liquide injecté force l'orifice tubaire et pénètre chargé de produits septiques dans l'intérieur de la trompe, ou bien c'est une insufflation intempestive faite avec la poire de Politzer ou le cathéter qui entraîne les sécrétions jusque dans la caisse, devenant ainsi le point de départ d'une inflammation plus ou moins vive de cette région.

Le processus inflammatoire est du reste un des éléments essentiels de l'infection grippale.

Le coryza avec extension de l'inflammation aux sinus frontaux et maxillaires en est le premier degré. La phlegmasie remonte parfois aux voies lacrymales jusqu'aux conjonctives qu'elle enflamme.

La muqueuse des bronches participe à l'inflammation, celle des bronchioles parfois, pouvant déterminer la bronchite capillaire : le parenchyme lui-même peut être pris donnant naissance à la pneumonie grippale de Grisolle.

L'inflammation peut atteindre le rein et donner lieu à une néphrite aiguë avec phénomènes urémiques parfois d'emblée, ou de l'hématurie sans œdème. On a observé quelquefois des hémorrhagies du bassinet.

Weichselbaum a insisté sur la congestion de la muqueuse des sinus et sur le contenu muco-purulent des sinus frontaux et maxillaires.

On voit donc manifestement la tendance congestive qui est signalée dans toutes les lésions dues à la grippe.

C'est par le même processus que la muqueuse tympanique va être envahie et par là s'explique la fréquence des lésions congestives et hémorrhagiques de la caisse du tympan.

BACTÉRIOLOGIE

Pfeiffer, au commencement de l'année 1892, découvrit le bacille spécifique de la grippe. Voici ses caractères d'après M. Bourge.

« Ce sont des petits bacilles très courts et très minces souvent disposés deux par deux. Ces microbes forment au début de la grippe des groupes nombreux en dehors des cellules, dans lesquelles on les voit inclus lorsque la maladie est plus avancée. Ils se colorent facilement par les couleurs d'aniline, mais ils se décolorent lorsque l'on emploie la méthode de Gram. Très difficile à cultiver, le bacille de Pfeiffer ne pousse pas sur les milieux ordinaires (bouillon, gélose, gélatine, sérum, pomme de terre) mais il pousse seulement sur les milieux ensanglantés, en particulier sur la gélose recouverte d'une mince couche de sang. Il pousse à 37°, lentement, en 48 heures, sur le sang de lapin, en 24 heures sur le sang de pigeon, il donne naissance à des colonies extrêmement petites

invisibles sans le secours de la loupe, transparentes, arrondies, ne confluant pas. »

Le bacille a été constaté dans la salive, le liquide alvéolaire, le mucus bronchique, dans les collections purulentes de la plèvre, dans les centres nerveux, dans l'exsudat purulent de la méningite cérébrale ou cérébro-spinale, dans les centres nerveux.

Weichselbaum, Zanfai, Haberman, Gradenigro ont recherché quels étaient les microbes qui pouvaient provoquer l'otite aiguë grippale.

Zanfai a trouvé le streptocoque pyogène 5 fois, le diplocoque de la pneumonie de Frœnkel 4 fois, le staphylococcus pyogènes aureus, 2 fois.

Gradenigro examinant le liquide issu de la caisse dans une otite aiguë a décrit des microcoques en chaînettes, il s'agissait de diplocoques encapsulées à forme de lance.

Weichselbaum a constaté dans un cas le bacille pneumonique de Friedlander.

Leroy et Schrader ont trouvé le plus souvent soit le diplocoque de Frœnkel, soit différents micro-organismes.

Dans plusieurs observations, le bacille de Koch a été constaté.

En réalité, il en est pour les otites, comme pour toutes les complications de la grippe et il est impossible de ne pas tenir compte des infections secondaires et des infections mixtes si fréquentes au cours de cette maladie.

Il faut tenir compte également de l'altération du

tissu muqueux par un microcoque difficile à déceler tel que celui de Pfeiffer, favorisant le développement d'un deuxième ou d'un troisième genre et de l'exaltation réciproque de la virulence du staphylocoque et du bacille de Pfeiffer (Grassberger, Hanot).

LES CARACTÈRES DE L'OTITE GRIPPALE

Suivant les différents Auteurs.



Pour être différents par beaucoup de points particuliers, les caractères généraux de l'otite dans la grippe se ressemblent cependant et font que l'on a pu décrire un type clinique de cette affection. Nombreux sont les mémoires qui ont paru sur ce sujet : dans tous, on rencontre des constatations identiques.

Le docteur *Polzeck* paraît avoir été le premier qui ait appelé en Allemagne l'attention sur la fréquence des affections de l'oreille dans la grippe. Il signale (*All. med. Centralzeitung* 1890) comme symptôme caractéristique l'hémorrhagie, qu'il a constatée sous forme d'extravasation sanguine dans la membrane du tympan et dans deux cas de sécrétion sanguino-séreuse de la caisse. Son traitement a consisté dans l'emploi du procédé de *Politzer*.

Dreyfus (*Berlin, Klin. Woch*, 20 janvier 1890) a observé deux catégories de cas dans les affections auriculaires consécutives à la grippe.

Dans la première catégorie, le tympan offrait une inflammation hémorrhagique intense accompagnée d'une inflammation séreuse ou purulente de la caisse. L'examen de l'oreille faisait constater un tympan très rouge parfois cyanotique. L'auteur a observé dans quelques cas des vésicules sanguines de la grosseur d'une lentille ou de la moitié d'un petit pois. Ces hématomes étaient, à vrai dire, constitués dans l'épaisseur de la membrane du tympan. Ils étaient distincts de la caisse, car à travers la perforation, lorsque celle-ci existait, il s'écoulait un liquide séreux ou séro-purulent. Les symptômes subjectifs étaient relativement peu marqués et n'étaient pas plus prononcés que ceux qui accompagnent en général toute otite aiguë.

Dans le deuxième groupe d'affections dues à la grippe, il s'agissait simplement d'otites aiguës avec sécrétion séreuse ou séro-purulente de la caisse. Au point de vue de l'époque d'apparition de ces otites, d'après l'auteur, il n'y a pas de règle précise. Dans la plupart des cas, les $\frac{2}{3}$, elles sont précoces, survenant le premier ou le deuxième jour de la grippe; quelquefois, elles sont tardives et n'apparaissent que huit ou quinze jours plus tard.

Schwabach (*Berlin, Klin. Woch.*, 20 janvier 1890), a observé 62 cas d'otites moyennes aiguës consécutives à l'influenza, dont 19 cas d'otites moyennes aiguës purulentes. L'affection était unilatérale 54 fois et bilatérale 8 fois. Presque tous les cas débutaient par des symptômes fonctionnels prononcés (engour-

dissements et douleurs de tête, douleurs d'oreille, bourdonnements et surdité intense).

L'examen de l'oreille faisait noter, surtout dans les cas d'otite aiguë purulente, avant que la perforation ne survînt, une rougeur très intense du tympan bombé dans sa partie postérieure.

Dans 22 cas, on constatait en outre des hémorrhagies dans le tissu du tympan, soit sous forme de petites ecchymoses, ayant la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois, soit sous forme de grosses bulles hémorrhagiques qui occupaient assez fréquemment toute la membrane du tympan. Des bulles apparaissaient surtout dans le cas d'otite purulente ; les simples ecchymoses étaient notées seulement dans les otites simples.

La membrane de Schrapnell fut deux fois le siège de perforation, ce qui est très rare dans les otites aiguës. Les perforations se formaient principalement dans le segment autéro-supérieur.

La marche de ces otites était relativement bénigne malgré l'intensité des phénomènes généraux.

Michael (*Deutsch méd. Woch.* 6 février 1890) distingue deux sortes d'affections auriculaires consécutives à l'influenza :

(a) Les inflammations de la trompe provoquées par des catarrhes des fosses nasales et du pharynx, n'offrant rien de particulier ;

(b) Les localisations de la grippe sur l'appareil auriculaire.

Les premières ne se distinguent en rien des affec-

tions que l'on observe dans la rougeole, la scarlatine et les simples refroidissements. Les autres sont caractérisées par l'hypéremie qui est le propre de l'infection dans la grippe.

La sérosité est au début très faible, mais elle augmente ensuite.

Les symptômes fonctionnels consistent en des douleurs de tête et d'oreille très violentes. Le tympan très injecté est brillant. Les vaisseaux congestionnés cachent en quelque sorte la membrane du tympan. L'apophyse mastoïde reste indemne, malgré les douleurs violentes qu'accusent les malades.

Un autre fait caractéristique est la rapidité avec laquelle la plupart de ces symptômes disparaissent.

Jankau (*Clinique otologique de Strasbourg*) rend compte de 150 cas d'affections auriculaires consécutives à la grippe. Il résulte de ses recherches que l'otite grippale se présente avec certains caractères particuliers qui la font distinguer de beaucoup d'otites en général. D'après lui, elle commence ordinairement quelques jours seulement après le début de l'influenza.

Douleur violente dans le conduit auditif avec irradiation vers la mastoïde. La douleur cède en général au bout de 24 heures et il survient une surdité à peu près complète avec sifflements et bourdonnements qui ne diminuent guère après l'établissement de l'otorrhée. L'état de la membrane du tympan et le siège particulier de la perforation sont tout à fait caractéristiques. Le tympan est d'un rouge foncé, infiltré, présentant

des foyers hémorrhagiques superficiels : il fait quelquefois saillie dans son quart antéro-inférieur.

La perforation siège en bas et en avant du manche du marteau sous la forme d'une petite fente linéaire. Le liquide qui s'en écoule est séro-purulent, le pus n'est abondant que chez les sujets atteints auparavant de rhinite chronique.

Cette otite à début grave, se termine également brusquement. Son pronostic est bénin et elle ne se complique qu'exceptionnellement de mastoïdite. La disparition complète se fait longtemps attendre : l'ouïe est souvent compromise et il y a un certain degré d'ankylose des osselets.

Eitelberg (*Wilm Méd. Presse* 1890, n° 7), est du même avis que Dreyfus et Schwabach. Il a observé cent cas d'affections auriculaires, dont une partie à la polyclinique du professeur Urbantschetsch et les autres dans sa clientèle privée. L'auteur a souvent constaté des hémorrhagies sur les différents points du tympan. Plusieurs fois, même, les malades ne sont venus le trouver qu'à la suite d'une hémorrhagie de l'oreille.

Eitelberg voit dans ces hémorrhagies fréquentes et persistantes un signe pathognomonique des inflammations de la caisse dans la grippe.

Tous les cas qu'il a observés étaient d'un pronostic bénin et guérissaient sans complication, malgré les symptômes initiaux alarmants. La guérison s'effectuait au bout de huit à dix jours en moyenne.

Politzer (*Wilm medical Blatter* 1890, nos 9 et 10) a observé, pendant l'épidémie de 1889-1890, 184 cas

de complications otiques dans la grippe, et l'auteur ne compte pas, parmi eux, les otites très nombreuses que l'on vit survenir pendant l'épidémie chez des personnes épargnées par la grippe.

Il les divise en deux groupes :

1° Affections auriculaires chez des individus ayant auparavant l'oreille saine ;

2° Aggravations et récidives d'affections d'oreilles antérieures. De ces dernières, il ne s'en occupe pas.

Parmi les symptômes fonctionnels, il signale une violente douleur d'oreille dès le début, douleur rayonnant plus souvent que d'ordinaire sur le sommet du crâne, l'occiput, le maxillaire inférieur. Cette douleur persiste souvent pendant plusieurs jours avec cette intensité. Même après la disparition de toute suppuration, les phénomènes névralgiques peuvent encore persister pendant plusieurs jours.

Ce qui caractérise cette otite épidémique, d'après Politzer, c'est une myringite bulleuse hémorrhagique qui existe dès le début. Le tympan est couvert de vésicules noires ou bleuâtres qui peuvent s'étendre sur la portion profonde du conduit auditif externe. L'otite externe n'est du reste pas rare dans la grippe ; il y a de la rougeur diffuse et une tuméfaction douloureuse du conduit auditif externe. Les vésicules hémorrhagiques peuvent même être simplement limitées au conduit auditif externe. Au bout de quelques jours, on ne voit plus ces vésicules ; elles se sont crevées et ont donné lieu à l'écoulement d'un liquide hémorrha-

gique. Mais, bien souvent, elles laissent à leur suite des taches brunes ecchymotiques.

La perforation du tympan ne se produit que dans le tiers des cas ; elle est précoce quand elle survient et elle est suivie d'un écoulement purulent prolongé. La suppuration mastoïdienne est fréquente dans l'otite grippale (*Wiln méd.* 1895) ; dix fois, il a fallu pratiquer la trépanation de l'apophyse. Il est remarquable qu'il n'existe presque jamais de communication entre l'abcès et l'antre mastoïdien. Les produits inflammatoires séparent ce dernier des autres cellules mastoïdiennes. Le traitement n'a pas beaucoup différé de celui des otites habituelles ; cependant, la paracentèse a été faite beaucoup plus souvent.

Dans un nouveau mémoire paru en 1895, l'auteur insiste sur la fréquence des complications mastoïdiennes surtout quand l'apophyse contient des cellules nombreuses.

Grüber (*Allem. medical deutsch* 1890, n° 10) fait remarquer que les cas observés dans sa clinique en 1889 ont triplé par rapport à l'année précédente. Il relève également la fréquence du catharre aigu et de l'otite moyenne aiguë.

L'intensité des douleurs marque principalement le début de l'otite et persiste longtemps encore après le début de l'otorrhée. Ces douleurs s'irradient à la nuque et à l'extrémité supérieure du bras du même côté. Cet auteur constate également une hyperémie grave de la membrane du tympan étendue à l'oreille externe et à tout le pourtour de l'oreille. C'est d'après

lui, cette hyperémie qui est la cause des douleurs aiguës de l'otite moyenne grippale.

Chez six malades, Grüber a dû faire l'ouverture des cellules mastoïdiennes : pas de cas de mort, mais des otites purulentes à ranger parmi les plus graves que l'auteur ait observées, notamment dans la scarlatine et la pneumonie.

D'après Grüber, l'affection de l'oreille est primitive dans beaucoup de cas.

Hennebert (*la clinique de 1890, n° 4*) a observé à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles dans la clinique otologique de Ch. Delstanche 34 cas d'otite moyenne aiguë, tandis que l'année précédente, il n'en avait vu que 8. Pour cet auteur, le début de cette otite aurait lieu dans la membrane du tympan, par une myringite hémorrhagique et dans le revêtement du conduit auditif externe. Dans d'autres cas, il s'y ajoute une otite moyenne.

Ménière (*Annales de laryngologie, 1890*), admet que les complications auriculaires sont la suite d'affections rétro-nasales dans la grippe. On sait du reste, dit-il, la facilité avec laquelle les maladies infectieuses se localisent sur l'organe de l'ouïe. Sur 53 cas, que l'auteur a observés, 23 ont duré environ 4 à 5 semaines. Chez 11 malades, la lésion était unilatérale, chez 17, elle était bilatérale. Dans une autre série de 16 malades, l'unilatéralité existait 9 fois, la bilatéralité 7 fois et la durée de l'affection fut de 3 mois; enfin, 8 ont duré 4 mois et 5, ajoute-t-il, sont encore en traitement par suite de complications mastoïdiennes

n'ayant pas nécessité une intervention chirurgicale, sauf pour 1 cas chez un malade que l'auteur vit avec MM. Hermet et Le Dentu. Le traitement dans tous ces cas a été le suivant : lavages à l'eau chaude additionnée de coaltar saponiné faits dans le conduit et par la trompe. Bains d'oreille. Ouverture du tympan et dans 4 cas, cautérisation au thermocautère du foyer mastoïdien.

L'auteur conclut : 1° rapidité du début, accidents locaux et généraux très marqués à cette période. Ecoulement purulent, abondant, envahissement de la mastoïde très rare ; 2° convalescence rapide, guérison sans lésions auriculaires ; 3° bons effets du traitement antiseptique.

Gellé (*médecine moderne*, 16 janvier 1890). Selon lui, les otites grippales se caractérisent par « des douleurs vives à l'intérieur de l'oreille, chaleur, sensation de plénitude avec affaiblissement très accusé de l'audition. Les trompes sont imperméables, engorgées par le fait du catarrhe naso-pharyngien. A l'examen otoscopique : rougeur au pôle supérieur au dessus de l'apophyse externe, s'étendant sur la paroi supérieure du conduit auditif externe ».

D'autres otites ont une allure différente, l'auteur les dénomme *otites grippales à forme périostique*.

La marche est alors plus lente et n'aboutit pas à la suppuration. L'inflammation fuse le long du périoste du conduit et peut passer au dessus du tympan, laissant l'ouïe presque intacte. Quelquefois un abcès pré-mastoïdien survient avant que le pus ne s'écoule par le

tympan et c'est la plupart du temps de la paroi perforée que vient le pus.

Dans certains cas, les douleurs de tête, l'abatement, la surdité avec hébétude prédominent. On observe alors souvent des étourdissements, des vertiges, de l'incapacité cérébrale. La marche des malades est titubante : ils ont des vertiges.

Le tympan est opaque et immobile. Pas de suppurations, pas de douleurs d'oreilles. Ces malades ont un aspect typhique ou méningitique frappant.

Pour Gellé, dans la presque totalité des cas, la fonction de l'oreille est très compromise et la surdité persiste.

La paracentèse du tympan est toujours, dans toutes ces formes le meilleur résolutif.

Hermet (*Médecine moderne*, 8 mars 1890), admet que l'otite grippale présente des caractères particuliers :

« La marche est anormale, l'intensité est plus grande les complications plus graves et plus fréquentes que dans les autres otites ; la période des douleurs, des prodromes est beaucoup plus courte : quelques heures au lieu de deux ou trois jours ; la perforation du tympan se fait beaucoup plus hâtivement. Chez un malade observé par cet auteur, l'écoulement a constitué le premier symptôme et les douleurs ne se sont fait sentir qu'après son apparition. Le plus souvent de violentes otalgies persistent même quand le pus s'est fait jour à l'extérieur. Des complications mastoïdiennes sont fréquentes.

Koerner (*Archives of otolog.*) admet trois formes d'otites moyennes pouvant être rattachées à la grippe :

1° Une forme qui débute par un exsudat hémorrhagique dans la caisse et par des pustules hémorrhagiques sur la membrane du tympan ;

2° Une forme avec granulations de la caisse et gonflement de la membrane du tympan ;

3° Une forme à localisation primitive mastoïdienne avec participation secondaire du tympan.



SYMPTOMES. — FORMES CLINIQUES

L'infection, une fois localisée à l'oreille, ne se comporte pas toujours d'une manière identique. Tantôt la portion la plus externe de l'oreille moyenne est prise, et avec elle l'oreille externe. L'oreille moyenne peut ensuite être atteinte de catarrhe dans toute son étendue avec des variétés purulentes et hémorrhagiques. Quelquefois, enfin, l'inflammation peut gagner la mastoïde, le labyrinthe, les méninges.

De là, trois formes dans l'otite aiguë grippale :

- 1° Otite externe et myringite ;
- 2° Otite moyenne hémorrhagique et suppurée :
- 3° Labyrinthite, mastoïdite et quelquefois méningite.

1° Otite externe et myringite.

L'otite externe circonscrite ne diffère en rien des otites observées ordinairement. Elle se traduit par de

la furonculose du conduit avec gonflement de l'une des parois du conduit. Douleur dans le conduit auditif externe, gonflement de la base de l'oreille et adénite des ganglions rétro-auriculaires. Des otalgies simples peuvent être observées. La douleur est ici violente et précoce. Les bourdonnements de l'oreille sont très marqués. L'examen objectif de la membrane du tympan, ne révèle rien de particulier. Tous ces symptômes s'amendent généralement au bout de quelques jours, et tout disparaît sans laisser aucune trace et sans troubles de l'audition.

La *myringite hyperémique* est beaucoup plus fréquente. Le tympan est rouge, vascularisé; le manche du marteau est souvent caché par cette hyperémie. Toute la surface du tympan présente des extravasations sanguines des vésicules hémorrhagiques. Ce processus se généralise parfois à une partie du conduit auditif externe. Les douleurs sont violentes et le malade ressent dans l'oreille des battements caractéristiques.

Avec cette myringite, existe un léger degré de catarrhe séreux de la caisse. Mais qu'un nouvel élément infectieux vienne à s'ajouter dans la caisse, que des microbes pathogènes remontent de la cavité des fosses nasales dans l'oreille moyenne et l'otite moyenne purulente sera constituée.

La caisse tout entière a pris part à l'inflammation; la surdité est très marquée du côté de l'oreille malade. L'infection peut se produire également de dehors en dedans par perforation de la membrane du tympan.

Lorsque celle-ci n'existe pas, la membrane est rouge, bombant en dehors. Quelquefois cependant le tympan reste gris, terne, d'aspect ardoisé. On peut voir par transparence le niveau du liquide qui y est contenu.

Mais le véritable type de l'otite grippale est constitué par l'*otite moyenne hémorrhagique*.

2° Otite moyenne hémorrhagique et suppurée.

L'exsudat est quelquefois séro-sanguinolent, le plus souvent franchement hémorrhagique. Les ecchymoses hémorrhagiques sont très marquées sur la membrane du tympan et sur toute la muqueuse de la caisse. Les douleurs irradient le plus souvent vers le sommet du crâne, l'occiput, les dents, les épaules même.

Elles sont très violentes, plus marquées généralement la nuit que le jour, et semblent augmenter sous l'influence du décubitus.

La perforation du tympan ne calme la douleur qu'imparfaitement, contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des otites moyennes. Cette perforation se produit ordinairement dans le quart antéro inférieur de la membrane.

Dès qu'elle est produite, le liquide franchement purulent s'écoule au dehors en grande abondance. Ce liquide épais, à odeur très fétide, souille abondamment l'oreiller du malade.

Dans certaines formes dites frustres, les phénomènes douloureux sont peu marqués et Politzer a

même rapporté un cas de mastoïdite post grippale pendant le cours de laquelle l'apophyse ne fut ni douloureuse ni sensible à la pression, malgré l'existence d'un abcès dans sa profondeur que révéla la trépanation.

La durée de la suppuration est variable, mais la plupart des auteurs (Schwabach, Politzer, Gellé) ont remarqué que cette otorrhée évolue rapidement vers la guérison sous l'influence de quelques pansements antiseptiques bien dirigés.

3^e Mastoïdite — Méningite.

Toutefois, l'écoulement du pus ne se fait pas toujours aussi facilement. On sait que la caisse communique en arrière avec les cellules mastoïdiennes et l'antre par l'intermédiaire du canal tympano-mastoïdien. C'est la partie supérieure de la caisse qui communique spécialement avec l'antre. C'est l'attique des osselets.

Mais à côté de ces *mastoïdites secondaires* consécutives à l'inflammation de la caisse, on en a observé d'autres dans la grippe sans que le tympan présentât la moindre lésion (*mastoïdite primitive*).

Le caractère le plus constant de l'otite moyenne c'est sa propagation à la mastoïde. La mastoïde est prise dans plus de la moitié des cas. Pour quelques auteurs (Gellé, Godeau), elle serait même atteinte dans 80 o/o des cas. Et même bien souvent, la pointe de la mastoïde est très douloureuse dans les cas

d'otite moyenne grippale sans que l'on puisse dire pour cela qu'il y ait à proprement parler mastoïdite.

Cette douleur de la pointe de la mastoïde qui indique toujours que les cellules mastoïdiennes sont légèrement enflammées est pour ainsi dire presque constante dans les formes hémorrhagiques de l'otite moyenne grippale.

L'apparition de la mastoïdite secondaire est relativement précoce, en moyenne 13 à 14 jours après l'apparition de l'otite ; quelquefois même beaucoup plus tôt.

La symptomatologie de cette mastoïdite est assez particulière. C'est la douleur qui en est le grand symptôme : douleur spontanée empêchant les malades de dormir, occupant toute la moitié du crâne et surtout la région pariétale. Ces douleurs sont exaspérées par la pression au niveau de l'antra de la pointe de l'apophyse. L'œdème extérieur est plus tardif alors que « les cellules sont déjà nécrosées et que le pus a cherché une issue au dehors ». C'est même un symptôme sur lequel il ne faut guère compter. Le pus peut en effet perforer la face postérieure du conduit auditif externe et alors trouver issue au dehors par celui-ci ou bien par l'extrémité inférieure de l'apophyse qu'il va détruire se diffusant à toute la partie supérieure du cou (*mastoïdite de Bezold*).

Parfois la suppuration peut se diriger vers la paroi supérieure, dans l'étage moyen du crâne ; elle peut gagner les méninges et le sinus latéral. Le labyrinthe lui-même peut être atteint et ses lésions laissent à leur

suite une surdité grave avec vertiges et bruits subjectifs. Lannois et Bovile en ont signalé deux cas.

Rohrer a constaté chez cinq malades des bourdonnements, de la surdité, des vertiges sans lésions de l'oreille externe ou moyenne et après examen attentif, l'auteur n'a pas hésité à penser qu'il s'agissait de localisation directe de la *grippe à l'oreille interne*.

La propagation peut se faire encore facilement vers les méninges donnant lieu à une méningite avec coma, convulsions comme dans l'observation de Marty et la nôtre (Observations IV et XI). Elle peut se propager vers le crâne par l'aqueduc du limaçon et le long des nerfs par le conduit auditif interne.

Schwartz et Kærner ont publié des observations d'otite à forme encore plus grave, à forme pyohémique susceptible d'entraîner la mort.

Quelquefois le rocher tout entier, peut être infecté en même temps. L'oreille interne, l'oreille moyenne et la mastoïde sont prises simultanément.

Les phénomènes généraux priment alors les symptômes locaux. Le malade a le facies typhique, une température quelquefois peu élevée, mais un pouls très rapide.

Souvent, les phénomènes dans ces cas sont tellement rapides que l'on voit les malades succomber avant que l'on ait eu le temps d'intervenir.

Ludwig cite l'observation d'une jeune fille morte de pyohémie consécutive à une otite ayant débuté trois jours après la grippe.

L'autopsie révéla une carie étendue du rocher et une phlébite du sinus latéral.

Moure a signalé trois cas semblables, suivis de mort, bien que l'intervention ait eu lieu au troisième ou quatrième jour.

Dans notre observation (Observation XI) l'intervention a eu lieu le 6^e jour, une trépanation plus large le 10^e jour et ces deux opérations n'ont pas enrayé le processus.



PRONOSTIC

Etant donné la gravité et la fréquence de ces complications, le pronostic sera forcément réservé.

Certains auteurs (Zaufal en particulier) ont essayé de baser leur élément de pronostic sur l'analyse microbienne.

Mais il ne faut pas oublier que la plupart des microbes pathogènes existent à l'état normal dans les cavités naturelles (nez, bouche, trompe).

MM. Gradenigro et Maggiora ont depuis longtemps montré qu'on retrouvait les mêmes microbes dans les inflammations légères de la caisse et dans les otites compliquées.

On ne peut pas non plus établir de relation entre la gravité d'une atteinte de grippe et celle de l'otite qui la complique.

On voit des gripes légères presque frustres se traduire par des complications otiques très graves et inversement les formes les plus sérieuses de la grippe peuvent très bien n'être suivies d'aucune complication du côté de l'oreille.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Godeau. Thèse de Paris 1900).

Otite moyenne subaiguë grippale. Mastoïdite. Méningite probable.

Homme âgé de 46 ans, adressé à la clinique du docteur Lacroix par son médecin traitant le docteur Jeanne de Meulan.

Au cours d'une grippe légère, le malade a été pris d'otite moyenne aiguë gauche. Le premier examen montre un tympan rouge, très refoulé au dehors, un conduit abaissé à sa paroi postéro-supérieure, une mastoïde légèrement sensible à la pression profonde.

On pratique la paracentèse du tympan qui permet d'évacuer une quantité assez abondante de liquide muco purulent. Le malade applique à son domicile, des compresses froides sur l'apophyse et fait des lavages et instillations antiseptiques du conduit.

La paracentèse avait amené une réelle amélioration, puis les douleurs réapparaissent, la mastoïde redevient sensible sans être très douloureuse cependant et cet état persiste ainsi pendant quinze jours sans aggravation ni amélioration.

A ce moment, désireux sans doute de trouver ailleurs une guérison plus rapide, le malade s'en va et on n'entend plus parler de lui pendant près de deux mois. Puis il revient à la

clinique ; sa situation à ce moment est notablement aggravée : l'apophyse est recouverte d'une poche rouge fluctuante, de la grosseur d'un œuf de pigeon ; l'insomnie est totale. La céphalalgie intense, continue concassante, ayant encore là, comme siège la suture sagittale crânienne, le facial gauche est parésié.

Une première incision faite au niveau de l'abcès superficiel donne issue à deux cuillerées à bêche de pus et permet de constater au stylet la lésion osseuse sous-jacente. Il n'y a pas de trépanation spontanée.

Malgré cette première évacuation, les symptômes persistent aussi intenses. L'état du malade étant très précaire, il entre à l'hôpital de Meulan où l'on décide la trépanation de la mastoïde.

L'opération est faite par le docteur Lacroix assisté du docteur Jeanne.

Dans un premier temps, l'antra est ouvert sans difficulté ; il contient à peine quelques cuillerées de pus mal lié et des granulations qui sont curetées.

L'opération n'est pas poussée dans la caisse ; rien ne justifiait cette manière de faire.

Dans un second temps, ouverture et curettage d'un foyer osseux dans la mastoïde. En raison du peu de pus que contenait ce foyer, on suppose un foyer plus profond. Quoiqu'il en soit la mastoïde est tamponnée à la gaze iodoformée.

Pendant vingt-quatre heures, rien de particulier ne se produit. A ce moment délire et convulsions. L'examen des parties opérées ne révèle rien de particulier. Le malade succombe quelques heures après le début des accidents. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

— Dans ce cas évidemment, les convulsions, la

douleur profonde indiquaient une complication cérébrale que n'expliquaient ni les lésions mastoïdiennes, ni les altérations de la caisse.

La paracentèse n'avait pas été pratiquée dès le début et sans doute, elle eut enrayé la marche rapide des accidents et en tout cas, leur aurait donné une tournure moins dramatique.

OBSERVATION II (Godeau. Thèse Paris).

Otite moyenne grippale ancienne avec mastoïdite. Opération.

Mort avec abcès cérébral.

Malade de la campagne. A eu la grippe en avril 1899.

Douleurs intenses de l'oreille droite, douleurs violentes pendant huit jours, au bout desquels l'écoulement est apparu abondant puis a cessé après deux semaines, obstrué probablement par des débris épithéliaux. Le malade ressent alors une vive douleur siégeant derrière l'oreille, dans la région mastoïdienne qui devient tuméfiée. Incision verticale pratiquée par le médecin sur la tuméfaction. Cela ne soulage pas le malade. L'ouverture persiste sous forme de trajet fistuleux sans écoulement. Le sujet se plaint encore de sa région mastoïdienne qui est en outre légèrement tuméfiée. Le stylet introduit dans la cicatrice fistuleuse gratte une surface osseuse, dénudée, inégale.

Le tympan droit est grisâtre avec une bande cicatricielle.

Pas de perforation, l'audition est nulle de ce côté.

Pensant à une ostéite condensante de l'apophyse mastoïde ou à un point de suppuration des cellules mastoïdiennes. M. Tillaux fait une trépanation de l'apophyse à la gouge et au

maillet. Pas de foyer de suppuration. Quarante-huit heures après le malade souffre aussi violemment.

M. Riche recherche de nouveau un point de suppuration dans l'apophyse et dans l'antre sans résultat. Etat comateux. Mort.

— L'autopsie révèle un abcès intra-crânien avec ramollissement des méninges.

OBSERVATION III (Thèse Godeau).

Otite moyenne grippale à forme sous-périostique. Abcès extra-mastoïdien. Opération et guérison.

Femme de 30 ans, vient consulter pour une tuméfaction très douloureuse de la région mastoïdienne droite. La malade souffre énormément et est excessivement déprimée. Grippe à forme nerveuse quelque temps auparavant.

L'oreille droite a coulé très peu avant l'apparition de la tuméfaction, mais sans préoccuper autrement la malade. Le pavillon de l'oreille est soulevé en avant, le sillon rétro-auriculaire a disparu, la fluctuation est profonde. M. Savariaud fait une longue incision au lieu d'élection et tombe à 5 centimètres de profondeur sur l'apophyse dénudée. On donne issue, en débridant une vaste poche, à deux cuillerées à bouche de pus. Pansements humides et guérison.

OBSERVATION IV (Marty. *Archives de médecine*).

Otite moyenne grippale se greffant sur une otorrhée ancienne, méningite consécutive. Mort.

L'auteur rapporte dans les *Archives de médecine* (nov. 1898), le cas d'un jeune soldat atteint avant son incorporation, de fréquents écoulements d'oreille. Le 31 janvier 1895, il est atteint de grippe précédée de quelques jours de malaise. Le soir, aggravation brusque de son état. Fièvre violente, céphalée orbitaire. T. 39°.

Le 3 février, entré à l'hôpital. Douleurs dans l'oreille et la tête. Les jours suivants, la céphalée augmente. les douleurs de l'oreille sont intenses. T. 37°. L'état général semble meilleur, quand le 19, à 8 heures du soir, surviennent des vomissements alimentaires, puis bilieux avec hyperesthésie généralisée. Vers 2 heures du matin, convulsions cloniques et toniques, perte de l'intelligence, décubitus en chien de fusil. Fièvre très forte, puis aggravation progressive des accidents et mort dans le coma.

OBSERVATION V (Châtellier).

Grippe. Otite moyenne suppurée droite. Mastoïdite. Guérison.

D..., 21 ans. Grippe au commencement de novembre 1889. Otite moyenne suppurée droite survient à la suite. Amélioration rapide de l'otite. Tout semblait avoir disparu, quand plu-

sieurs jours après le début des accidents, survient un frisson intense avec claquement des dents. Frissons prolongés les jours suivants. Le soir du 25 novembre, facies très altéré, douleurs intenses dans l'apophyse du côté droit, pas de gonflement dans la région, pus en notable abondance dans le conduit.

La perforation a environ 2 millim. de diamètre et siège dans le quart intéro inférieur du conduit. Douleurs spontanées dans l'apophyse et à la pression de la pointe. Trépanation de l'apophyse. On ne trouve aucune cavité ni aucune goutte de pus. On poursuit l'opération jusqu'à 12 centimètres environ de profondeur. On draine la cavité ainsi formée. La température tombe et le malade ne souffre plus.

Mais le soir, la température remonte et le malade accuse une douleur dans la partie antéro externe de la jambe droite. En ce point existe un petit noyau sous-cutané douloureux reconnaissant pour cause une varice sous-cutanée superficielle. La température reste encore élevée les jours suivants. Empâtement dans le triceps brachial droit et gauche.

Le 6 décembre, la tuméfaction du bras gauche a encore augmenté et est devenue fluctuante. Une incision verticale est pratiquée à son niveau et après avoir traversé le triceps brachial, on tombe sur une collection purulente qui peut être évaluée à 40 grammes environ.

La plaie apophysaire et la plaie du bras peuvent être considérées comme guéries un mois après l'opération. Cependant le bras droit est atrophié par la suppuration.

— « Chez ce malade, l'identité extrême des douleurs spontanées dans l'apophyse est un symptôme d'une

importance considérable au point de vue de l'intervention précoce. » (Châtellier).

Tous les symptômes ont en somme cédé après l'ouverture de l'apophyse.

OBSERVATION VI (Châtellier).

Grippe. Oïte moyenne suppurée aiguë. Mastoïdite.

M^{lle} X..., 24 ans, est atteinte de grippe avec coryza au commencement de janvier 1890. Douleurs intenses de l'oreille droite et de l'apophyse. La membrane du tympan se perforé spontanément. Petite perforation en bas et en arrière; le conduit auditif a son calibre normal. Gonflement de l'apophyse et douleur à la pointe.

Intervention, incision des parties molles jusqu'au périoste; la trépanation de l'apophyse permet de trouver une cavité remplie de pus, mais celle-ci est petite. Tous les diverticules purulents sont superficiellement situés. En dedans de ce système de cavités, on trouve du tissu compact très résistant et entièrement sain. Drainage de la plaie osseuse. Pas de fièvre et la guérison est obtenue trois semaines après. Chez cette malade il n'existait pas de grande cavité mastoïdienne, mais une série de petites cavités communiquant les unes avec les autres et avec la profondeur par des trajets qu'il était impossible de découvrir.

OBSERVATION VII (Châtellier).

*Grippe. Orite suppurée. Mastoïdite. Ouverture de l'antre.
Guérison.*

Grippe, coryza. Orite moyenne suppurée à début aigu.

A l'examen direct, on trouve un effacement complet du calibre du conduit auditif par abaissement de la paroi postéro supérieure. Pas de gonflement au niveau de l'apophyse. Pas de douleurs spontanées.

Chloroformisation du malade. Incision des parties molles et ouverture de l'apophyse au point d'élection.

Aussitôt la couche corticale enlevée, on voit le pus apparaître. Un stylet introduit pénètre dans une large cavité qui s'étend dans toute l'apophyse. Lavage et curettage de cette cavité. Pas de fièvre et guérison complète cinq semaines après l'intervention.

— « Chez cette malade, l'indication opératoire était l'abaissement extrême de la paroi postérieure du conduit auditif et l'effacement complet de la lumière du conduit. Dans ce cas, l'auteur a trouvé une grande cavité pneumatique dans l'apophyse. »

OBSERVATION VIII (Chatellier).

Grippe. Orite moyenne aiguë. Abscess mastoïdien. Ouverture de l'apophyse. Grattage de l'abcès.

Grippe, coryza. Douleurs d'oreille à droite, depuis une semaine environ. Pas d'écoulement par le conduit auditif externe.

Quelques jours après le début des accidents, douleurs très vives dans l'oreille et dans l'apophyse. On constate une tuméfaction phlegmoneuse rouge, grosse comme un marron qui occupe le quadrant postéro-supérieur de l'apophyse.

Cette tuméfaction n'est pas encore fluctuante ; il n'y a pas d'écoulement par le conduit auditif externe.

Quatre jours après le début des accidents mastoïdiens la malade a une tuméfaction apophysaire encore plus considérable, elle est devenue manifestement fluctuante.

Le pavillon de l'oreille est repoussé en avant. Toujours pas d'écoulement par le conduit.

Opération le lendemain. Incision au lieu d'élection.

On découvre un abcès sous-périostique renfermant une cuillerée à soupe de pus. Le fond de cet abcès est formé par la face externe de l'os dénudé et rugueux sous le doigt. On creuse dans l'os, au lieu d'élection, avec la gouge et le maillet un canal à direction antéro-interne ; à douze millimètres de profondeur, on trouve une cavité dans laquelle le stylet pénètre jusqu'à dix sept millimètres mesurés verticalement. Curettage de cette cavité. Guérison quelques semaines après.

— « Chez cette malade, en somme, le pus s'est frayé une voie vers l'apophyse et non vers le conduit auditif externe.

Il n'existait pas de trajet fistuleux faisant communiquer l'abcès superficiel avec la caisse, mais au niveau de l'abcès, la face externe de l'écaille du temporal était dénudée et criblée de petits orifices d'une coloration rouge lie de vin, admettant à peine l'extrémité d'un stylet fin et n'intéressant que la couche corticale de l'os. »

Il est à remarquer que dès que la caisse a été drainée par l'ouverture de l'antre et des cavités profondes, le pus a cessé de se porter vers l'abcès superficiel.

OBSERVATION IX (Chatellier).

Otite suppurée droite. Abcès mastoïdien. Paralyse faciale. Ouverture de l'apophyse.

Enfant de 5 ans Grippe. Otite moyenne suppurée droite. Presqu'en même temps, paralysie faciale du même côté.

Examen de l'oreille : le conduit auditif droit est plein de pus.

Il paraît que l'écoulement d'oreille date de huit jours environ. Le début a été indolore.

Membrane tympanique persiste en bas et en avant, petite perforation. En arrière du pavillon on voit une tuméfaction diffuse qui repousse celui-ci en avant.

En appuyant sur cette masse, on fait refluer du pus qui s'écoule par le conduit auditif.

Opération. Incision.

On trouve un abcès situé sous le périoste et rempli de granulations. Il est impossible de découvrir un trajet fistuleux pénétrant dans l'os. Avec la curette de Volkman on trépane au point d'élection, on creuse ensuite le tissu spongieux sous-jacent dans une profondeur de 4 à 5 millimètres. Ecouvillonnage et curettage de cette poche. Drainage de la cavité de l'abcès.

Pas de fièvre dans la suite, ni d'écoulement de pus par le drain. Guérison définitive.

— Chez ce malade, on ne trouve pas de cavité dans l'apophyse ; cela est du reste la règle, étant donné l'âge du sujet. L'auteur s'est contenté d'enlever la couche corticale, ne pouvant pas songer à entrer dans la caisse. D'un autre côté, il ne pouvait enlever tout l'os malade, car il aurait dû aller à une profondeur extrême, étant donné que le facial était paralysé.

OBSERVATION X (Godeau).

Otite moyenne aiguë purulente. Mastoïdite. Guérison.

Enfant en bas âge, 10 mois, ayant pris la grippe dans son entourage.

Catarrhe naso-pharyngien-muco purulent. Peu d'écoulement par le conduit auditif, mais douleur et gonflement énorme derrière l'oreille. L'écoulement purulent par l'oreille gauche durait déjà depuis une huitaine de jours lorsque les parents s'aperçurent qu'il cessait et qu'alors, la région mastoïdienne se tuméfiait, devenait rouge et très douloureuse.

Après nettoyage du conduit, on constate la destruction complète de la membrane du tympan.

Sachets de glace sur l'apophyse mastoïde et irrigations du conduit.

Deux jours après le petit malade est ramené, l'oreille suppure à nouveau et la tuméfaction a diminué. Le lendemain, de nouveau l'écoulement par l'oreille disparaît et la tuméfaction mastoïdienne augmente de volume. Nouvelles irrigations, mèche dans le conduit auditif externe, sachets de glace sur

l'apophyse mastoïde ; vers la fin, quelques insufflations sont faites avec la poire de Politzer qui semblent activer la guérison.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Otite moyenne aiguë. Mastoïdite. Trépanation. Méningite.

Mort

Le nommé Ch..., cocher, âgé de 23 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Necker le 3 août 1900, se plaignant de vives douleurs dans la moitié droite de la tête, douleurs qui ont débuté trois jours auparavant.

Depuis 6 jours, le malade a de la grippe marquée par de la courbature, des douleurs lombaires, de la fièvre et une céphalée intense.

L'examen de la région de l'oreille droite fait constater de la douleur au niveau de la pointe de la mastoïde.

La traction sur le pavillon est également douloureuse. Le tympan est rouge, bombé et animé de battements.

On ordonne au malade des lavages du conduit auditif. La douleur n'en persiste pas moins très violente.

Le lendemain, il se présente avec les mêmes signes locaux, il a beaucoup souffert pendant toute la nuit.

La paracentèse du tympan est pratiquée. Lavages du conduit et glycérine phéniquée.

Deux jours après le malade revient à l'hôpital se plaignant de souffrir toujours beaucoup. L'opération ne l'a nullement soulagé. Le pouls est à 120, la température est à 40°.

La mastoïde n'est pas douloureuse sauf à la pointe. Il y a de

l'œdème de la région sous-mastoïdienne. Le malade se plaint de torticolis du côté correspondant. L'écoulement par le conduit est insignifiant et cependant la membrane du tympan est largement ouverte.

Trépanation de l'apophyse 6 jours après le début de l'otite. Assez profondément, on rencontre une petite cavité pleine de pus : le tissu apophysaire est éburné. Drainage de la cavité.

Le soir de l'opération la température tombe à 38°. Mais le lendemain, la température remonte à 40°, convulsions et délire.

La température reste également élevée les jours suivants. Le coma alterne avec le délire et les convulsions.

La trépanation large de l'apophyse est décidée et pratiquée par M. Auvray. Ouverture de fosses cérébelleuses.

Couronne de trépan sur l'écaille du temporal. La mort survient le lendemain de cette seconde intervention, le 12^e jour de l'infection otique.

— Dans cette observation, malgré la paracentèse hâtive l'ouverture de l'apophyse mastoïde, les phénomènes cérébraux et méningitiques n'en ont pas moins continué et ont été remarquables par leur précocité et leur rapide évolution.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Oite aiguë grippale. Mastoïdite de Bezold. Trépanation.

Guérison.

Malade âgé de 32 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Necker le 15 mars 1901 dans le service du Docteur Routier.

A son entrée, le malade a 38°, le pouls est à 100. Il semble très abattu. La langue est sèche. Le pouls est aussi petit et présente par moment des oscillations irrégulières. La région mastoïdienne gauche est empâtée surtout inférieurement. La portion supérieure droite du cou prend part à cette tuméfaction. Il y a une adénite très marquée des ganglions supérieurs sterno-mastoïdiens du côté droit. Raideur de la nuque.

En interrogeant le malade, on apprend qu'il a eu, il y a huit jours, des frissons, de la courbature, du catarrhe nasal et de la bronchite.

C'est le 5^e jour après le début de la grippe que le malade a vu apparaître les douleurs d'oreille qui dès le début ont été très vives et irradiées à toute une moitié de la tête. L'examen de l'oreille nous montre un tympan perforé dans son quart antéro-inférieur, mais il y a très peu d'écoulement par l'oreille.

Trépanation le 21 mars, par M. le Docteur Routier.

On rencontre immédiatement au dessous du périoste une cavité purulente qui occupe non seulement l'antrum mais également toute la moitié inférieure de l'apophyse mastoïde. Drain dans cette cavité.

Il y a également, fusant vers le sterno-clerido mastoïdien une collection qui est drainée également.

Suites opératoires : le soir de l'opération 37°. Les douleurs ont à peu près complètement disparu. La guérison marche rapidement.

Le docteur Gellé dans la *Médecine moderne*, 1890 a cité plusieurs cas particulièrement intéressants d'otite.

OBSERVATION XIII (Gellé).

Otite moyenne aiguë grippale. Paracentèse. Guérison rapide.

Enfant grippé, souffre violemment de l'oreille. Le tympan bombe et est ballonné. Le pus filtre à travers certains points où l'épiderme est imbibé et soulevé. On ne voit pas de perforation.

Paracentèse : écoulement de pus et de sang. La température tombe et la douleur cesse. Le malade guérit 8 jours après.

OBSERVATION XIV (Hermet).

Otite moyenne aiguë grippale. Perforation spontanée.

Petite fille de 10 ans, souffre depuis dix-huit heures de l'oreille droite. Douleurs irradiant le long de la trompe d'Eustache. L'oreille droite est depuis deux jours, le siège d'un écoulement abondant apparu trois heures après de vives douleurs.

Le conduit auditif externe est très rouge, gonflé. La membrane du tympan est hyperhémisée.

Au moment où l'on allait faire la paracentèse, la petite ma-

lade est prise d'une envie de vomir et en même temps que l'écoulement sanguinolent apparaît dans le conduit auditif externe, elle se met à cracher du pus, vidant à la fois son abcès par la trompe d'Eustache et par la perforation de la membrane du tympan que ses vomissements avaient provoquée.

Lavages antiseptiques et guérison.

OBSERVATION XV (Lœwenberg).

Otite moyenne aiguë grippale avec gonflement et propulsion en dehors de la membrane du tympan.

Tout cesse par insufflation d'air dans la caisse.

OBSERVATION XVI (Lœwenberg).

Otite hémorragique et à forme particulière de perforation mastoïdite.

Malade atteint d'otite à l'âge de 4 ans. Localisation auriculaire à propos de la grippe : douleurs violentes d'oreille et écoulement sanguinolent.

Le tympan présente à l'examen une tache rouge qui se transforme en érosion : deux jours après, perforation en arrière de l'érosion d'aspect piriforme. Les insufflations d'air n'amènent aucun soulagement. La perforation s'étend jusqu'au bord postérieur du marteau qu'elle longe.

L'apophyse mastoïde devient douloureux spontanément et à la pression. L'écoulement a persisté pendant six semaines. La perforation s'est agrandie malgré l'amélioration de l'ouïe.

OBSERVATION XVII (Læwenberg).

Oïte grippale. Mastoïdite. Guérison.

Enfant syphilitique présentant la triade spécifique, surdité interne, troubles de la cornée, dents incisives centrales coniques et échancrées en demi-lune. Sujet depuis sa naissance à des abcès auriculaires. Perforation circulaire de la membrane qui devient piriforme. Cinq mois après l'enfant est atteint du même côté de mastoïdite. On ne fait pas de trépanation et par le traitement habituel : douches d'air, seringages, alcool boriqué tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

Oïte aiguë hémorragique. Perforation. Guérison.

M . L..., lingère, 32 ans. Femme atteinte de grippe, il y a deux ans avec fièvre pendant 4 ou 5 jours, rhino-pharyngite intense, mais aucun trouble auriculaire.

Nouvelle attaque de grippe trois mois après. Un matin, la malade éprouve de violentes douleurs dans l'oreille droite et tout d'un coup dans un effort de toux, elle sent un choc se produire dans son oreille. Peu après, les douleurs disparaissent

pour ainsi dire et la malade constate un léger suintement de pus par l'oreille droite. Vésicule dans la portion osseuse du conduit auditif externe et perforation siégeant dans son quart inférieur. Les insufflations d'air dans la caisse font sortir une certaine quantité de pus.

Traitement par des lavages abondants. Guérison au bout de six semaines.

TRAITEMENT

Étant donné la diversité des formes de l'otite grippale, on conçoit très bien que le traitement doit varier beaucoup suivant les différents cas.

L'otite externe sera traitée par les moyens habituels : fomentations chaudes, mèches imbibées de sublimé au $1/1000^e$, incision hâtive du furoncle.

La myringite sera calmée par l'instillation de glycérine phéniquée ou sublimée au $1/10^e$. Lorsqu'il y a de violentes douleurs, la ponction de la membrane tympanique est parfois indiquée ; puis après la ponction, insufflation de poudre d'acide borique et pansement avec une mèche de gaze stérilisée.

L'otite moyenne est traitée différemment par les divers auteurs. Michaël croit que l'intervention est inutile et même nuisible ; pour lui, on risque de transformer la sécrétion séreuse en sécrétion purulente.

Potzeck préfère les insufflations d'air dans la caisse.

Politzer estime qu'il faut avant tout pratiquer de larges irrigations.

La plupart des otologistes sont cependant interventionnistes (Scwabach-Moure).

Pour nous, la paracentèse nous semble tout à fait indiquée lorsque la purulence du liquide contenu dans la caisse est démontrée, quand le tympan bombe et menace de se perforer spontanément, quand les douleurs sont très violentes, nous l'avons toujours vue donner les meilleurs résultats.

La paracentèse doit être précoce pour être efficace.

Elle assure le drainage complet de la cavité, évitant ainsi des complications beaucoup plus graves.

Suivant l'abondance de la suppuration, la paracentèse sera suivie de grands lavages au naphtol au 1/3000°, de pansements secs ou d'insufflations de poudre d'acide borique.

Si la mastoïdite est révélée par des douleurs vives et continues, par de l'œdème, du gonflement, la trépanation avec large drainage ne saurait être différée. Tous ceux qui ont opéré d'une façon ainsi précoce ont pu constater avec quelle rapidité l'os se nécrosait. Au troisième ou quatrième jour d'une mastoïdite grippale, on a trouvé à l'opération la table externe de l'os complètement nécrosée, ou bien une perforation du côté de la cavité crânienne.

CONCLUSIONS

1° Les complications otiques sont très fréquentes dans la grippe.

2° L'état pathologique ancien des oreilles ou des cavités voisines (nez, pharynx) a une grande influence sur la détermination de ces complications.

3° L'invasion des symptômes est brusque, l'apparition des douleurs précoce. — Les douleurs sont violentes et leur disparition, dans les cas qui guérissent, est également rapide, ne laissant derrière elles aucune trace.

L'otorrhée est très abondante.

4° L'affection évolue très souvent vers la forme hyperhémique et hémorrhagique.

5° Les complications mastoïdiennes sont fréquentes (plus de la moitié des cas). L'apparition en est précoce et l'évolution rapide.

6° Pour toutes ces raisons, dès que l'on aura constaté la présence de pus dans la caisse, ne pas hésiter à pratiquer la paracentèse et ouvrir l'apophyse dès que la mastoïdite sera déclarée sans attendre que les symptômes soient devenus tellement intenses qu'il n'y ait plus aucun avantage à tirer d'une intervention trop longtemps différée.

Vu : Le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Schwabach.* — Berlin. Klin. Woch. Janvier 1890.
R. Houg. — Munich. med. Woch. Janvier 1890.
Politzer. — Wiln. medical Blatter. 1890, n° 9 et 10.
Michaël. — Deutsch. med. Woch. Février 1890.
Dreyfus. — Berlin. Klin. Woch. 20 janv. 1890.
Hennebert. — La Clinique, 1890, n° 4.
Gellé. — Médecine moderne. 16 janvier 1890.
Hermet. — Médecine moderne. 2 mars 1890.
Ménière. — Annales de laryngologie. Année 1890.
A Ruault. — Grippe à Paris. Annales de laryngologie. 1891.
Læwenberg. — Annales de laryngologie. 1890.
Kærner. — Archiv. of otolog. 1895.
Moure. — Semaine médicale. 1898.
Godeau. — Thèse de Paris. 1900.
Potzeck. — All. med. centratz. 1890.
Eitelberg. — Wiln. med. press. 1890, n° 7.
Grüber. Allem. med. deutsch. 1890, n° 10.
Ludewig. — Deutsch. med. Woch. 1892.
Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, T. V.

